

PEDIDO DE INFORMAÇÕES CALFRESH

CONDADO DE

- -
 -
 -
- Data da notificação :
 - Nome do caso :
 - Número do caso :
 - Nome do trabalhador :
 - Número do trabalhador :
 - Número de Telefone :
 - Endereço :

Dúvidas? Pergunte ao seu trabalhador.

Para sabermos se você tem direito aos benefícios CalFresh, precisamos das seguintes informações sobre você até

MM/DD/CCYY

Informe seu trabalhador se você precisa de ajuda para obter essas informações. Seu trabalhador poderá ajudá-lo a obtê-las.

Por favor:

- Ligue-nos para fornecer estas informações
- Envie estas informações pelo correio

Se você não nos fornecer estas informações até _____, poderá receber uma notificação de ação para cancelar seus benefícios de CalFresh.
MM/DD/CCYY

REGRAS: Essas regras se aplicam: MPP 63-300.5. Você pode consultá-las no seu departamento de assistência social.